

Johanna Mikkonen

# RYHMÄOHJAUS TYÖTERVEYSHUOLLOSSA Tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisy

Opinnäytetyö  
Hoitotyön koulutusohjelma


Marraskuu 2010




**MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU**

Mikkeli University of Applied Sciences

## KUVAILULEHTI

 <b>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU</b> <small>Mikkeli University of Applied Sciences</small>		<b>Opinnäytetyön päivämäärä</b>  26.11.2010	
<b>Tekijä(t)</b>  Mikkonen Johanna		<b>Koulutusohjelma ja suuntautuminen</b>  Hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitaja AMK	
<b>Nimeke</b>  Ryhmäohjaus työterveyshuollossa – tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisy			
<b>Tiivistelmä</b>  Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on esittää ryhmäohjausmalli työterveyshoitajan työhön elintapaohjauksen tueksi tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyssä. Toimeksiantajani on työpaikkani, Lääkäriasema Resetti Oy.  Aineiston hankinta toteutettiin systemaattisena kirjallisuuskatsauksena. Lopulliseen tarkasteluun valittiin neljä artikkelia. Valittujen julkaisujen sisältö analysoitiin ja sen perusteella kirjoitettiin ryhmäohjauksen malli, joka työterveyshuollossa on mahdollista toteuttaa. Saatujen tulosten perusteella ryhmäohjaus on käyttökelpoinen ja yhtä tehokas keino kuin yksilöohjauskin elintapaohjauksessa. Tuloksia tarkasteltaessa täytyy ottaa huomioon artikkelien pieni otanta, jonka vuoksi tulokset eivät sinänsä ole yleistettävissä. Työterveyshuolto tavoittaa työikäiset ihmiset hyvin, joten ryhmäohjausta olisi luonnollista toteuttaa työterveyshuollon toimesta.  Jatkokutkimusaiheena olisi mielenkiintoista tietää, millaiset valmiudet työterveyshoitajat kokevat omaavansa tyypin 2 diabeteksen hoidossa ja ennaltaehkäisyssä. Lisäksi olisi mielenkiintoista tietää, millaiset valmiudet työterveyshoitajat kokevat omaavansa ryhmäohjauksesta.			
<b>Asiasanat (avainsanat)</b>  ryhmäohjaus, elintapaohjaus, tyypin 2 diabetes, työterveyshuolto			
<b>Sivumäärä</b> 32 s. + 2 liitettä	<b>Kieli</b> Suomi	<b>URN</b>	
<b>Huomautus (huomautukset liitteistä)</b>			
<b>Ohjaavan opettajan nimi</b>  Erämaa Sirkka		<b>Opinnäytetyön toimeksiantaja</b>  Lääkäriasema Resetti Oy	

## DESCRIPTION

 <p><b>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU</b> Mikkeli University of Applied Sciences</p>		<b>Date of the bachelor's thesis</b>  26.11.2010	
<b>Author(s)</b>  Johanna Mikkonen		<b>Degree programme and option</b> Degree Programme of Nursing, Public Health Nurse, University of Applied Sciences	
<b>Name of the bachelor's thesis</b>  Group counselling in occupational health care - prevention of type 2 diabetes			
<b>Abstract</b>  <p>The aim of this study is to present a group counselling model based on a systematic literature review to support lifestyle counselling in respect of the prevention of diabetes type 2 within the scope of work of an occupational health nurse. The study was assigned by my employer Lääkäriasema Resetti Oy.</p> <p>The publications were gathered from databases with keywords. After the evaluation four (4) publications were analysed. Based on the analysed contents of the selected article a model of group counselling was created which can be realized in practice. The achieved results prove that group counselling is practicable and as efficient means as individual counselling. In evaluating the results the limited amount of material has to be taken into account, which does not allow a generalisation of the results as such.</p> <p>As the populations of working age can easily be reached by the occupational health care, it would make sense to carry out the group counselling by the same organisation.</p> <p>An interesting topic for a subsequent study would be the assumed capabilities of occupational health nurse in the care and prevention of type 2 diabetes.</p> <p>Furthermore it would be interesting to know the assumed readiness of occupational health nurses in respect of group counselling.</p>			
<b>Subject headings, (keywords)</b>  group counselling, lifestyle counselling, type 2 diabetes, occupational health care			
<b>Pages</b> 32 p. + 2 liitettä		<b>Language</b> Finnish	
<b>URN</b>			
<b>Remarks, notes on appendices</b>			
<b>Tutor</b>  Erämaa Sirkka		<b>Bachelor's thesis assigned by</b>  Lääkäriasema Resetti Oy	

## SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	1
2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT.....	2
3 TYÖIKÄISEN ELINTAPOHJAUS.....	2
3.1 Tupakointi .....	3
3.2 Ylipaino ja ruokailutottumukset.....	5
3.3 Liikunta .....	7
3.4 Alkoholi.....	8
4 TYYPIN 2 DIABETES JA SEN ENNALTAEHKÄISY	
TYÖTERVEYSHUOLLOSSA.....	9
5 RYHMÄOHJAUS TYYPIN 2 DIABETEKSEN ENNALTAEHKÄISYSSÄ.....	10
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS .....	13
6.1 Tutkimusmenetelmä ja aineiston hankinta.....	13
7 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET .....	17
7.1 Tutkimuksissa esiteltyjä ryhmäohjauksen malleja.....	19
8 RYHMÄOHJAUSMALLI TYÖTERVEYSHUOLTOON.....	24
9 POHDINTA .....	27
9.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus.....	28
9.2 Oma oppiminen ja ammatillisen kehittymisen arviointi.....	28
9.3 Jatkotutkimusaiheet.....	28
LÄHTEET .....	29
LIITE/LIITTEET	
2 Yksisivuinen liite	

## 1 JOHDANTO

Opinnäytetyöni aihe on luonnollinen jatko sairaanhoitajan opinnäytetyölleni, jossa käsiteltiin tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyä ja seulontaa työterveyshuollossa. Tämän opinnäytetyön tarkoitus on esitellä olemassa olevaa kirjallisuutta hyväksikäyttäen ryhmäohjausmalli työterveyshoitajan työhön elintapaohjauksen tueksi tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyssä.

Työterveyshuollolla on tärkeä rooli työikäisten terveyden edistämisessä. Sen tavoitteena on terveellinen ja turvallinen työympäristö, hyvin toimiva työyhteisö, työhön liittyvien sairauksien ehkäisy sekä työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja terveyden edistäminen. Terveyden edistämisen tavoitteeksi voidaan asettaa myös työntekijän elämäntaitojen ja elämäntalouden tukeminen kaikissa työelämän vaiheissa. (Koponen ym. 2002, 107 - 108.)

Diabetes on eräs nopeimmin lisääntyvistä sairauksista Suomessa ja muualla maailmassa. Tautia sairastaa jo yli 500 000 suomalaista ja sen kustannukset vievät 15 % terveydenhuollon menoista. Ennusteen mukaan sairastuneiden määrä voi jopa kaksinkertaistua seuraavien 10 - 15 vuoden aikana. Kaksi kolmasosa menoista koituu diabeteksen komplikaatioiden hoidosta. Komplikaatiot olisivat vältettävissä. Jos sairauden ehkäisemiseen ei panosteta, on terveydenhoitojärjestelmämme suurissa vaikeuksissa tulevana vuosina sairauden nopean lisääntymisen takia. (Diabeteksen Käypä Hoito –suositus 2007, 1490.)

Dehkon 2D –hankkeessa työterveyshuollolla katsottiin olevan keskeinen rooli, koska valtaosa työssäkäyvistä kuuluu työterveyshuollon piiriin. Työterveyshuollon terveys-tarkastuksissa käy paljon työikäisiä henkilöitä, jotka eivät välttämättä käytä terveyskeskusten palveluita. (Dehkon 2D –hankkeen loppuraportti 2009, 31.)

Koen, että työterveyshoitaja on työssään näköalapaikalla työikäisen väestön terveyden seurannassa ja elintapaohjauksen antamisessa. Toimeksiantajani on työpaikkani, Lääkäriasema Resetti Oy.

## **2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT**

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on esitellä ryhmäohjausmalli työterveyshoitajille omalla työpaikallani asiakkaiden elintapaohjauksen tueksi tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyyn.

Ryhmäohjauksesta ja erilaisista ryhmäohjausmalleista on olemassa runsaasti kirjallisuutta ja tutkimuksia. Esitän olemassa olevaa kirjallisuutta apuna käyttäen johtopäätöksissä mallin, jonka mukaan ryhmäohjaus voisi edetä.

Tutkimusongelmat ovat seuraavat:

1. Millaisia tutkimuksia on tehty ryhmäohjauksesta tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyssä?
2. Millaisia ryhmäohjausmalleja kirjallisuudessa on kuvattu tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyssä?
3. Millainen ryhmäohjausmalli sopisi työterveyshuoltoon?

## **3 TYÖIKÄISEN ELINTAPAOHJAUS**

Työterveyshuollon kontakteissa henkilöasiakkaiden kanssa lähes kaikkiin sisältyy tietojen antamista, neuvontaa ja ohjausta. Tietojen lisäksi asiakkaalle annetaan usein henkilökohtaista neuvontaa ja ohjausta. Henkilökohtainen neuvonta on kahdenkeskistä vuorovaikutusta, jonka tavoitteena on auttaa asiakasta tekemään omaa terveyttään tukevia ja sitä edistäviä ratkaisuja. Yleistä terveysneuvontaa voidaan antaa myös koko henkilöstölle tai henkilöstöryhmälle tarpeen mukaan, esimerkiksi painonhallintaryhmät. (Manninen ym. 2007, 144; Antti-Poika 2003, 224.)

On olemassa jonkin verran tutkimusnäyttöä siitä, että terveystarkastuksiin liitettävällä terveysneuvonnalla voidaan vähentää yksilön elintapariskejä. Jokaisella ihmisellä on oma arvomaailmansa ja asenteensa, jotka ohjaavat käyttäytymistä, valintoja ja ratkaisuja, joita kukin ihminen elämässään tekee. (Antti-Poika 2003, 234; Juutilainen 2004, 129.)

Elintapaohjauksella tuetaan asiakkaita tekemään terveyspäätöksiä ja elintapamuutoksia. Elintapaohjaus, eli interventio, on ohjauksellinen väliintulo, jonka tavoitteena on elintapamuutoksia ja terveyttä tavoitteleva työmuoto, toimintamalli tai ohjauskäytäntö. Siinä korostuvat suunnitelmallisuus, tavoitteellisuus ja vuorovaikutuksellinen prosessiluonne. Interventioita voidaan toteuttaa yksilö- ryhmä- tai yhteisötasolla. Yhteisötasolla interventioita voidaan toteuttaa esimerkiksi kouluilla tai työpaikoilla. Yksilö- tai ryhmämuotoisen intervention valinnan tulee perustua ohjauksellisiin ja asiakaslähteisiin näkökulmiin. (Valtimoterveydeksi! 2010, 26.)

Yksilö- ja ryhmätason interventiot täydentävät toisiaan ja useimmiten parhaan tuloksen saavuttaa, jos interventioon sisältyy molempia. Voidaan olettaa, että yksilö- ja ryhmäohjauksen joustava yhdistäminen vähentää ohjauksen kokonaistarvetta ja lisää vaikuttavuutta. (Marttila ym. 2004, 6.)

Aikuisten terveys ja toimintakyky ovat parantuneet viimeisten 30 vuoden aikana. Työikäisten sepelvaltimotautikuolleisuus on laskenut merkittävästi, mutta kuolleisuuden lasku on hidastunut, ja taantuma näkyy myös riskitekijöissä. Etenkin seerumin kolesterolitasojen lasku on pysähtynyt. Verenpaine-aset ovat hitaassa laskusuunnassa, mutta vain viidenneksellä miehistä ja runsaalla kolmanneksella naisista on tavoitteen mukainen verenpaine-aset (120/80 mmHg). (Valtion Ravitsemusneuvottelukunta 2005, 9.)

Elintavoilla kuten tupakoinnilla ja ravinnolla on keskeinen merkitys terveyden edistämässä ja tärkeimpien kroonisten tautien ehkäisyssä. Myös alkoholin kulutus ja liikunta ovat kansanterveydellisesti tärkeitä asioita. (Helakorpi ym. 2010, 9.)

### **3.1 Tupakointi**

Vuonna 2009 toteutetun ”Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys” - postikyselynä toteutetun tutkimuksen mukaan miehistä tupakoi päivittäin 22 % ja naisista 16 %. Tupakointi on yleisintä alimmassa koulutusryhmässä. (Helakorpi ym. 2009, 12 – 20.)

Tupakoinnilla on monia terveydelle epäedullisia vaikutuksia. Tupakointi aiheuttaa syöpäsairauksia, erityisesti keuhkosityöpää, kurkunpään ja ruokatorven syöpää. Noin

30 % syöpäkuolleisuudesta johtuu tupakoinnista. Säännöllisesti tupakoivista noin puolella on kroonisen keuhkoputken tulehduksen aiheuttamaa yskää ja limaneritystä. Pidemmällä aikavälillä tämä johtaa keuhkoputkien ahtaumatautiin. Tupakka on erityisen vaarallista sydämelle ja verenkiertoelimistölle, ja se myös heikentää potenssia. Diabeetikon verisuonet ikääntyvät ennenaikaisesti ja tupakointi vauhdittaa rappeutumisprosessia. Jos päivittäin poltetaan 25 savuketta, tyypin 2 diabeteksen puhkeamisen vaara kasvaa 1,5-kertaiseksi. Tupakoinnin lisäksi ylipaino ja liian vähäinen liikunta lisäävät diabetekseen sairastumisen riskiä. (Vierola 2007, 144 – 145; Ilanne-Parikka 2009.)

Tupakan on laskettu aiheuttavan vuosittain noin 170 000 sairauspoissaolopäivää. Tupakan aiheuttamien terveysongelmien takia tarvitaan Suomessa vuosittain n. 250 000 hoitopäivää. Puolet niistä, jotka ovat aloittaneet tupakoinnin nuorena, kuolevat ennenaikaisesti johonkin tupakkatautiin. Tupakkasairauksiin kuolee vuosittain noin 5000 ihmistä. Kaikista kuolemista 14 %:a arvioidaan johtuvan tupakan aiheuttamista sairauksista. (Nieminen 1999, 72 – 73; Vierola 2007, 9.)

Tupakoinnin lopettaminen on monivaiheinen tapahtuma, joka voi kestää viikoista vuosiin. Joillakin lopettaminen onnistuu vasta, kun ilmaantuu tupakoinnista johtuvia sairauksia. Omien riskien tiedostaminen motivoi toisia kun taas toisista tulevaisuuden terveysriskit tuntuvat kaukaisilta. (Ilanne-Parikka 2003, 168 – 169.)

Terveydenhuollossa on mahdollista toteuttaa tupakasta vieroitusta ryhmässä. Hyvin suunniteltu ryhmäohjelma on monipuolinen, joustava ja ryhmän tarpeet huomioiva. Käyttäytymistieteellisiä menetelmiä, kuten ongelmanratkaisua käyttävät menetelmät ovat osoittautuneet toimiviksi. Ryhmän ohjaajina voivat toimia periaatteessa kaikki terveydenhuollon ammattilaiset. Ryhmiä on mm. apteekeissa, erikoissairaanhoidossa ja erityisesti työterveyshuollossa. Työnantaja voi halutessaan tukea vieroitusta. Työnantajan kannattaa hyödyntää työterveyshuollon asiantuntemusta terveyden edistämisessä. Työterveyshuollon kanssa voi sopia neuvonnasta, koulutustilaisuuksien järjestämisestä, ja yksilö- ja ryhmäohjauksesta tupakasta vieroituksessa. (Patja & Vertio; Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 7.)



### 3.2 Ylipaino ja ruokailutottumukset

Ylipainoisten ihmisten osuus on kasvanut Suomessa pitkällä aikavälillä. Vuonna 2009 miehistä 58 % ja naisista 42 % oli ylipainoisia (BMI yli 25). (Helakorpi ym. 2009, 21.) Lihavuuteen liittyviä sairauksia ovat mm. kohonnut verenpaine, sepelvaltimotauti, tyypin 2 diabetes ja kihti. Lihavuus on tyypin 2 diabeteksen merkittävin vaaratekijä. Erityisesti vyötärölihavuus lisää sairastumisriskiä. Lihavuuden haittojen vähentämiseksi pienikin painonpudotus on merkittävä. Jo 5 – 10 % painonpudotuksella voidaan vaikuttaa edullisesti mm. sydän- ja verisuonitautien vaaratekijöihin ja vähentää kohonneen verenpaineen ilmaantuvuutta. (Valtion Ravitsemusneuvottelukunta 2005, 13.)

Terveellisen painon määrittämiseksi yleinen tapa on laskea painoindeksi (BMI). Tällöin paino (kg) jaetaan pituuden neliöllä (m<sup>2</sup>). Kokonaistilanteesta kertoo myös vyötärön ympärysmitta. Vyötärölihavuudesta on kyse, kun vyötärön ympäryksen mitta on miehillä yli 100 cm ja naisilla yli 90 cm. Lihavuuden lisääntyessä on viime vuosina ruvettu kiinnittämään enemmän huomiota vyötärölihavuuden ilmenemiseen, sillä sen on todettu ennakoivan selvästi tyypin 2 diabeteksen ja metabolisen oireyhtymän vaaraa. (Suomen Diabetesliitto ry 2007, 24; Suomen Diabetesliitto ry 2004, 23.)

Aikuisista miehistä ja naisista viidesosa on merkittävästi lihavia (BMI yli 30). Lihomisen taustalla on etenkin arkiliikunnan ja työn kuormittavuuden vähentyminen. Lihavuuden yleistymisen, liikunnan vähäisyyden ja runsaan kovan rasvan saannin myötä tyypin 2 diabetes on kasvava ongelma. (Valtion Ravitsemusneuvottelukunta 2005, 9.)

Lihavuuden hoito on kallista ja vaikeaa, ja siksi sen ehkäisy on välttämätöntä. Ylipainoisten ihmisten määrä Suomessa on niin suuri, ettei terveydenhuolto kykene ottamaan kuin murto-osan hoitoa ja ohjausta tarvitsevasta väestöstä. Lihavuuden ehkäisy tulisikin aloittaa jo lapsuusiässä. Ehkäisyssä ja hoidossa ei kuitenkaan onnistuta, ellei ylipainoa ja lihavuutta tunnusteta yleisesti merkittäväksi terveysvaaraksi ja ellei siihen puututa riittävän ajoissa. Painon ja vyötärön ympäryksen mittaamisen tulisi olla yhtä luonteva osa terveydenhuollon toimintaa kuin verenpaineen mittaaminenkin. (Suomen Diabetesliitto ry 2004, 24 – 25.)

Lihavuuden hoito on aina elintapojen muuttamista. Potilaan on kyettävä luopumaan joistakin vanhoista tottumuksista ja oppimaan uusia. Käyttäytymismuutosten ohjausta voidaan soveltaa sekä yksilö- että ryhmäohjaukseen, joista jälkimmäinen on taloudellisempaa ja mahdollisesti jopa tehokkaampaa. (Aikuisten lihavuuden Käypä Hoito – suositus 2007.)

Suomalaisten ravitseminen on parantunut ja vähärasvaiset ja rasvattomat maitovalmisteet, kasviöljyt ja pehmeät kasvirasvavalmisteet kuuluvat jo useimpien suomalaisten ruokavalioon. Kasvien ja hedelmien käyttö on lisääntynyt, ja suolan käyttö on vähentynyt. Kuitenkin erilaisten sokeroitujen juomien käyttö on lisääntynyt, ja kovaa rasvaa on ruuassamme yhä suosituksia enemmän. (Valtion Ravitsemusneuvottelukunta 2005, 8.)

Suomalaisten tulisi lisätä täysjyväviljavalmisteen, kasvien, marjojen ja hedelmien käyttöä. Kalan ja kasviöljyjen käyttöä olisi myös lisättävä. Runsaasti kovaa rasvaa, suolaa ja sokeria sisältävien elintarvikkeiden käyttöä tulisi vähentää. Säännöllinen ateriatyyppi on terveyden kannalta suositeltavaa. Säännöllisyydellä tarkoitetaan, että päivittäin syödään yhtä monta kertaa ja suunnilleen samoihin aikoihin. Säännöllisyys ehkäisee napostelua ja hampaiden reikiintymistä, sekä auttaa painonhallinnassa. (Valtion Ravitsemusneuvottelukunta 2005, 35 - 40.)

Suomen Diabetesliitto ry, Suomen Sydänliitto ry ja KELA ovat kehittäneet PPP- ohjelman, eli ”pieni päätös päivässä”. Sillä viitataan syömiseen, liikkumiseen ja muihin elintapoihin liittyviin pieniin, arkisiin valintoihin, joiden avulla jokaisella on mahdollisuus edistää omaa terveyttään ja hyvinvointiaan. PPP-painonhallintaryhmien ohjaajia on koulutettu vuodesta 2002 Suomen Diabetesliiton ja Suomen Sydänliiton toimesta. Ryhmäohjausmalli on tarkoitettu terveydenhoitajille, työterveyshoitajille, fysioterapeuteille, sairaanhoitajille, ravitsemusterapeuteille ja lääkäreille. Keskeistä mallissa on ryhmän hyödyntäminen ja valmentava ote ohjauksessa sekä lähestymistapa, joka perustuu ravitsemuksen, liikunnan ja oppimispsykologian yhdistämiseen. (Suomen Diabetesliitto ry, 7 – 8.)

### 3.3 Liikunta

Liian vähäinen liikunta on yhteydessä moniin sairauksiin ja vaivoihin, mm. sydän- ja verisuonitauteihin, tyypin 2 diabetekseen ja kohonneeseen verenpaineeseen. Liikuntaa harrastamattomilla on kaksi kertaa suurempi riski sairastua sydän- ja verisuonitauteihin kuin fyysisesti aktiivisilla ihmisillä. (Valtion Ravitsemusneuvottelukunta 2005, 42.)

Aikuisista arviolta 60 - 65 % liikkuu terveytensä kannalta riittävästi. Riittävä määrä suositusten mukaan on puoli tuntia reipasta kävelyä vastaavalla teholla vähintään viitenä päivänä viikossa. Säännöllinen liikunta vaikuttaa suotuisasti insuliiniherkkyyteen ja vähentää riskiä sairastua tyypin 2 diabetekseen. Lisäksi liikunta lisää energian kulutusta ja kehon lihasmassaa, mikä puolestaan nostaa perusaineenvaihdunnan tasoa ja lisää rasvanpolttokykyä sekä liikunnan että levon aikana. Näin ollen liikunnalla on tärkeä merkitys painonhallinnassa. (Valtion Ravitsemusneuvottelukunta 2005, 42 – 43.)

Sosiaali- ja Terveysministeriön selvityksen mukaan työikäisille olisi tärkeää luoda paremmat liikkumisen edellytykset työpäivän aikana. Liikunnan roolia vahvistetaan työterveyshuolloille suunnatuissa ohjeistuksissa tavoitteena terveytensä kannalta liian vähän liikkuvien kannustaminen säännöllisen liikunnan pariin. Työterveyshuollon ja liikunnan ammattilaisten kanssa suunnitellaan työyhteisöille hyvinvointiohjelmia, joissa korostetaan arkiliikunnan ja terveellisen ravitsemuksen merkitystä. Työnantajia aktivoidaan luomaan kannustimia ja vaihtoehtoja monipuoliseen työyhteisöliikuntaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 106.)

Työterveyshuollossa tehdään vuosittain noin 1000 000 terveystarkastusta. Oikea-aikainen liikuntaneuvonta ja liikunnan toteutumisen seuranta osana työterveystarkastuksia olisi tehokas ja käyttökelpoinen keino terveyden ja työkyvyn ylläpitämisessä ja edistämisessä. (Kempas 2007, 67.)

### 3.4 Alkoholi

Alkoholi on työikäisten suurimpia terveysriskejä ja yhä useammin myös ennenaikaisen eläköitymisen syy. Vuoden 2004 alkoholiveroalennuksen jälkeen alkoholin kulutus on kasvanut 14 %. Alkoholista johtuva työikäisen väestön kuolleisuus on Suomessa suurempaa kuin muissa Pohjoismaissa. (Valtiontalouden tarkastusviraston toimintantarkastuskertomus 2008, 16.)

Alkoholi sisältää runsaasti energiaa ja näin ollen kohtuullinenkin käyttö ruuasta saatavan energian lisäksi lisää lihavuuden riskiä. Runsas ja pitkäaikainen käyttö heikentää ravintoaineiden imeytymistä ja lisää niiden menetystä virtsaan. Alkoholin käyttö myös vääristää usein ruokailutottumuksia siten, että rasvan osuus ruokavaliossa lisääntyy ja hiilihydraattien osuus vähenee. Runsas alkoholin käyttö myös lisää seerumin triglyseridipitoisuutta, joka kohonneen verenpaineen kanssa altistaa sydän- ja verisuonitauksille. (Valtion Ravitsemusneuvottelukunta 2005, 33 – 34.)

Alkoholin riskikäytön tunnistamiseksi käytetyin lienee kymmenen kysymyksen AUDIT- lomake. Riskikäytön raja miehillä on vähintään 8 pistettä ja naisilla vähintään 7 pistettä. Kyselyä voidaan käyttää haastattelun tukena ja tarkentamaan ja helpottamaan haastattelua. Haastattelun lisänä ja tukena voidaan yhteisymmärryksessä potilaan kanssa eräitä laboratoriokokeita etenkin silloin, kun potilasta halutaan motivoida hoitoon tai halutaan seurata hoidon tulosta. (Alkoholiongelman Käypä Hoito - suositus 2010.)

Alkoholiongelman sekundaaripreventiossa pyritään löytämään ja hoitamaan varhaisessa vaiheessa alkoholin riskikäyttäjät. Tätä toimintaa nimitetään lyhytneuvonnaksi eli mini-interventioksi. Lyhytneuvonnan sisältöä on luonnehdittu lyhenteellä **RAAMIT**, eli **R**ohkeus, **A**lkoholitietous, **A**pu, **M**yötätunto, **I**tsemääräämisvastuu ja **T**oimintaohjeet

Potilasta tuetaan kuuntelemalla ja rakentavasti kommentoimalla. Motivoiva asenne on lyhytneuvonnan tärkein sisältö. Lyhytneuvonta liittyy saumattomasti potilaan muuhun hoitoon. (Alkoholiongelman Käypä Hoito – suositus 2010.)

#### **4 TYYPIN 2 DIABETES JA SEN ENNALTAEHKÄISY TYÖTERVEYSHUOLLOSSA**

Suurin osa suomalaisista diabeetikoista, noin 75 %, sairastaa tyypin 2 diabetesta. Tyypin 2 diabetekseen sairastutaan useimmiten yli 35-vuotiaana ja 65 vuotta täyttäneistä noin joka kymmenes on tyypin 2 diabeetikko. Tyypin 2 diabetes on 80 %:ssa osa metabolista oireyhtymää (MBO). Metaboliseen oireyhtymään liittyvät sokeriaineenvaihdunnan häiriön lisäksi poikkeavat rasva-arvot, veren lisääntynyt hyytymistäipumus, kohonnut verenpaine sekä keskivartalolihavuus. (Ilanne-Parikka ym. 2003, 15; Aro 2007, 11)

Tyypin 2 diabetes eli aikuistyyppin diabetes on valtimotaudin vaaratekijöiden summa, jossa kohonnut verensokeri on yksi oire muiden joukossa. Tyypin 2 diabetes on alussa pitkään oireeton tai vähäoireinen, minkä takia se usein todetaankin vasta lisäsairauksien, esimerkiksi sydäninfarktin yhteydessä. (Aro 2007, 11; Ilanne-Parikka ym. 2003, 15.)

Tyypin 2 diabeteksessa elimistössä on aluksi hyvin runsaasti insuliinia. Koska insuliinin vaikutus kudoksissa on heikentynyt, verensokeri pysyy korkeana, vaikka elimistö yrittää parantaa tilannetta lisäämällä insuliinituotantoa. Koska insuliini ei tehoa, maksa tuottaa vereen glukoosia silloinkin, kun tarvetta ei ole, jolloin verensokeri nousee erityisesti yöllä ja aamuisin. Insuliiniherkkyyttä vähentävät myös vähäinen liikunta, runsas rasvojen ja vähentynyt kuitujen osuus ruuassa, stressi, tupakointi, runsas alkoholin käyttö sekä ikääntymiseen liittyvä lihaskudoksen vähentyminen ja rasvakudoksen lisääntyminen. (Aro 2007, 12; Ilanne-Parikka ym. 2003, 17.)

Laihduttamalla, liikunnan lisäämisellä ja ruokavalion muutoksella kierteeseen on mahdollista vaikuttaa. Jos mitään ei tehdä, haiman insuliinia tuottavat solut väsyvät ja insuliinituotanto heikkenee. Kun insuliinin vaikutus heikentyy ja insuliinin erittymisessä on häiriöitä, insuliinia on vähemmän kuin tarvittaisiin. Tällöin verensokeri nousee normaalia enemmän aterioiden jälkeen. (Aro 2007, 12.)

Diabeteksen riskin arvioimiseksi ja riskiryhmien löytämiseksi suositellaan Suomessa kehitettyä diabetesriskitestiä. Suuntaamatonta seulontaa ei suositella. Ikäryhmätarkastuksiin suositellaan omaehtoista riskitestausta ja riskitestin jatkoselvittelyihin johtavaa pisterajaa tulee tarkistaa käytettävissä olevat resurssit huomioon ottaen. Seulonnan ohella tulee kehittää seuranta- ja interventiostrategioita. (Diabeteksen käypä hoitosuositus 2007, 1494.)

Sosiaali- ja terveysministeriö antoi suosituksen työterveyshuoltoyksiköiden roolista tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä 12.10.2004. Suosituksessa todettiin mm, että D2D:ssä tehtävä toiminta on osa työ- ja toimintakyvyn edistämistä. Työterveyshuollon tulisi sisällyttää ehkäisyohjelman toimenpiteet, kuten riskitestin tekeminen, normaaliin toimintaansa. Glukoosirasituskokeiden sisällyttämisestä työterveyshuollon toimintoihin ei annettu suositusta. (Dehkon 2D -hanke. 2009)

Työterveydenhuoltoon kuuluu terveystarkastusten järjestäminen määrättyssä ajassa työn aloittamisen jälkeen ja uusintatarkastusten järjestäminen määrääjain työsuhteen kestäessä. Säännöllisesti määrävuosina tehtävien terveystarkastusten avulla voidaan ehkäistä sairauksien puhkeaminen hoitamalla riskitekijöitä riittävän varhaisessa vaiheessa. (Suomen diabetesliitto ry 2004, 30.)

Tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisystä ja seulonnasta on tehty muutamia kattavia randomisoituja, kontrolloituja tutkimuksia. Niissä kaikissa elämäntapaohjaus nousee keskeisesti esille ennaltaehkäisyssä. Seulonnoissa riskitestin käyttö on yksi olennainen työkalu. Sen pistemäärän perusteella voidaan seuloa väestöstä korkean sairastumisriskin omaavat henkilöt jatkotoimenpiteitä varten. Kahden tunnin glukoosirasituskoe korkean riskin henkilöille on oiva tapa löytää sairastumisvaarassa olevat henkilöt.

## **5 RYHMÄOHJAUS TYYPIN 2 DIABETEKSEN ENNALTAEHKÄISYSSÄ**

Ryhmässä toimiminen on ihmisille tuttua ja luonnollista. Ryhmän maailma on rikkaampi kuin oma yksityinen maailmamme, ja se tarjoaa monenlaisia tietoja sekä tunteita itsestämme, toisista ihmisistä ja ympäristöstämme. Toimivassa ryhmässä osataan kuunnella, ilmaista tunteita ja erimielisyyksiä. Ryhmäläiset antavat toisilleen

rakentavaa kritiikkiä ja myös vastaanottavat sitä. (Kaukkila & Lehtonen 2007, 12 – 13.)

Jokaisella ryhmällä on toiminnan tarkoitukseen liittyvä tavoite. Ryhmänohjaajan suunnitellessa ryhmän aloittamista, ensimmäinen tehtävä on selvittää, miksi ryhmä perustetaan ja mitkä ovat ryhmän tavoitteet. Ryhmänohjaajalla tulee olla selvä käsitys siitä, mikä on ryhmän perustehtävä. (Kaukkila & Lehtonen 2007, 15.)

Kun ryhmä kokoontuu ensimmäistä kertaa, ryhmä alkaa muotoutua eli ryhmäytyä. Ihmisillä on erilaisia odotuksia ja käsityksiä heidän tullessaan uuteen ryhmään. Uudessa ryhmässä tarkkaillaan, millaisia ihmisiä ryhmässä on, ja ryhmäläiset tekevät arvioita ja johtopäätöksiä toisistaan. Ryhmän jäsenet alkavat selvittää ryhmänsä tehtäviä ja laatia sille yhdessä sääntöjä ja toimintatapoja. Ryhmänohjaajaan tukeudutaan ja hänestä ollaan riippuvaisia tässä vaiheessa. (Kopakkala 2005, 62; Kaukkila & Lehtonen 2007, 24.)

Ryhmä etenee toiseen vaiheeseen ryhmän jäsenten keskinäisen vuorovaikutuksen lisääntyessä. He alkavat keskustella enemmän ja avoimemmin muiden ryhmäläisten kanssa. Ihmiset ovat innostuneita ja vastaanottavaisia. Ryhmän myönteiset tunnereaktiot ja yhteishenki korostuvat. Jokaisen rooli ryhmässä selkiytyy ja ryhmässä voi kehittyä pienryhmiä niiden kesken, jotka ajattelevat asioista samalla tavalla ja viihtyvät hyvin yhdessä. (Kopakkala 2005, 67 – 69; Kaukkila & Lehtonen 2007, 25.)

Jossakin vaiheessa ryhmän jäsenet alkavat kommentoida toistensa ajatuksia ja ilmaista eriäviä mielipiteitään. Ryhmäläiset alkavat usein myös kyseenalaistaa ja vastustaa ryhmän tehtäviä ja odotuksia. Ryhmässä saattaa myös ilmetä kapinointia ryhmän kontrollia ja ryhmän ohjaajaa vastaan. Ohjaajan tärkeä tehtävä tässä vaiheessa on kannustaa eri alaryhmien edustajia yhteistyöhön keskenään. Omaan rooliinsa kohdistuvaan kritiikkiin ohjaajan on suhtauduttava rauhallisesti. Ryhmän kannalta kriittisyys osoittaa luottamusta ryhmän ohjaajaa kohtaan. Kun ohjaaja saa ryhmäläiset aktiiviseen yhteistyöhön keskenään, pienryhmien rajat käyvät vähemmän tärkeiksi ja tuttuus ja luottamus läpäisevät alaryhmien rajat. Tällöin koko ryhmän sisäisen turvallisuuden tunne lisääntyy. (Kaukkila & Lehtonen 2007, 25; Kopakkala 2005, 71.)

Yhteistoiminnan vaiheessa ryhmäläiset ovat taas innostuneita ja aktiivisia. Ryhmässä vallitsee lämmin tunnelma, eikä ryhmää koeta enää alaryhmien kautta, vaan se tuntuu yhdeltä kokonaisuudelta. Ryhmäläiset uskaltavat ja osaavat esittää ja käsitellä kritiikkiä ja jäsenten välillä vallitsee yhteisymmärrys ja kunnioitus. Tässä vaiheessa ryhmän energia kohdentuu tavoitteiden toteuttamiseen. Ryhmän jäsenten erilaisuus on rikkautta ja sitä osataan hyödyntää. (Kopakkala 2005, 76 – 77; Kaukkila & Lehtonen 2007, 26.)

Ryhmädynamiikka kuuluu ryhmän toimintaan oleellisesti kehityskaaren lisäksi. Se tarkoittaa ryhmän voimaa, joka syntyy ryhmän jäsenten kiinnostuksista, tunteista ja keskinäisistä jännitteistä. Usein puhutaan myös ryhmäilmiöstä. Käsitteillä ryhmädynamiikka ja ryhmäilmiö viitataan siihen, että ryhmän tapaa toimia ei voi suoraan päätellä sen yksittäisen jäsenen käytöksestä. Ryhmädynamiikka syntyy jäsenten välisestä vuorovaikutuksesta ja kommunikaatiosta. (Kaukkila & Lehtonen 2007, 27; Kopakkala 2005, 37.)

Ryhmädynamiikka alkaa ja elää ryhmän vuorovaikutuksesta. Onnistunut vuorovaikutus on prosessi, jossa yhdistyvät sanalliset ja sanattomat viestit. Hyvässä vuorovaikutustilanteessa osoitetaan kunnioitusta toista ihmistä ja asiaa kohtaan. Se tarkoittaa aina kahden tai useamman henkilön kohtaamista. Kahden ihmisen vuorovaikutusta voidaan pitää ryhmän vuorovaikutuksen mallina. Ryhmässäkin ihmiset kohtaavat toisensa yksi kerrallaan, kasvotusten. (Kaukkila & Lehtonen 2007, 31 - 32.)

Ryhmäohjaus on ajansäästöön vuoksi edullista, koska ohjaussisältö esitetään samanaikaisesti usealle osallistujalle. Lisäksi ryhmäohjaus saattaa olla ainoa mahdollisuus vastata tyyppin 2 diabeteksen asettamaan määrälliseen haasteeseen. Ryhmäohjauksella on myös itse työskentelymuotoon, ryhmään perustuvia hyötyjä. Ryhmä tarjoaa mahdollisuuden vertaiskokemusten vaihtamiseen ja käsittelyyn. Ryhmässä voidaan myös yhdessä pohtia, arvioida ja etsiä käytännön sovelluksia ryhmälle. Ryhmän jäsenet välittävät toisilleen malleja ja kokemuksia, jotka vertaisaseman perusteella voivat olla vahvempia kuin ammattihenkilön tarjoamat. (Marttila ym. 2004, 6.)

Ryhmäohjauksen pohjaksi tarvitaan suunnitelma, ja lisäksi kukin ohjauskerta vaatii valmistelun ja arvioinnin. Ohjaajan täytyy selvittää itselleen ryhmäohjauksen tavoitteet ja keinot, joilla niihin pyritään. Ryhmäohjaus ei voi kokonaan korvata yksilöohja-



usta, vaan ryhmä- ja yksilöohjauksen joustava yhdistäminen voi vähentää ohjauksen kokonaistarvetta ja lisätä vaikuttavuutta. (Marttila ym. 2004, 6.)

## 6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Opinnäytetyön menetelmänä käytettiin systemaattista kirjallisuuskatsausta. Kirjallisuudesta etsittiin vastausta tutkimuskysymyksiin, jotka olivat:

1. Millaisia tutkimuksia on tehty ryhmäohjauksesta tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyssä?
2. Millaisia ryhmäohjausmalleja kirjallisuudessa on kuvattu tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyssä?
3. Millainen ryhmäohjausmalli sopisi työterveyshuoltoon?

Lisäksi tutkimuskysymyksiä tarkennettiin etsimällä tietoa painonhallintaryhmistä, ryhmämuotoisesta elämäntapaohjauksesta ja tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisystä.

### 6.1 Tutkimusmenetelmä ja aineiston hankinta

Tutkimusmenetelmäksi valitsin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen, koska ryhmäohjausta tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyssä on tutkittu ja erilaisten hankkeiden tiimoilta on löydettävissä useita malleja käytännön toteutusta varten. Lisäksi käytin kyseistä menetelmää sairaanhoitajan opinnäytetyössä, joten teoria siitä oli hallussa ja ”auki” kirjoitettu. Myös sairaanhoitajan opinnäytetyössä käyttämistäni tutkimuksista osaa pystyin hyödyntämään suoraan tähän työhön. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tuotti aineistoksi hyväksyttäviä artikkeleita neljä, jotka löytyivät käytettyjen tietokantojen avulla. Tietokannoista käytin lähinnä Googlea ja Google Scholaria. Etsin tutkimuksia myös yliopistojen tietokannoista, mutta Google Scholar löysi myös hyvin niistä keskeiset tutkimukset, joten keskityin siihen. Tässä opinnäytetyössä käytetyt hakusanoja olivat: aikuisiän diabetes, 2 tyypin diabeetikko työterveyshuollossa, ryhmäohjaus elintapaneuvonnassa, työikäisen elintapaohjaus, työikäisen elämäntapahaasteet, tyypin 2 diabeteksen ehkäisy sekä prevention of type 2 diabetes. Käytetyt hakusanat ja tietokannat on kuvattu liitteessä 1.

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on itsenäinen ja tieteellinen tutkimusmenetelmä, jolla pyritään kokoamaan olemassa olevaa tutkimusaineistoa tiivistettyyn muotoon. Se on sekundaaritutkimus tarkasti rajattuihin ja valikoituihin tutkimuksiin. Luonteeltaan se on teoreettinen tutkimus. Tietomäärän lisääntyessä tarvitaan uusia keinoja koota ja tiivistää olemassa olevaa tutkimustietoa paremmin hyödynnettäväksi. (Johansson ym. 2007, 4 - 7; Koivisto & Haverinen 2006, 108 - 126; Varonen ym. 1999, 3 - 4.)

Hakusanojen määrittely ja kirjallisuushaun suunnittelu ja suorittaminen on kirjallisuuskatsauksen onnistumisen kannalta kriittinen vaihe, sillä siinä tehtyt virheet voivat antaa epäluotettavan kuvan olemassa olevasta näytöstä. Hakustrategian tarkoituksena on tunnistaa katsauksen kannalta kaikki relevantit tutkimukset. Haku rajataan yleensä koskemaan jotain tiettyä ajanjaksoa, kuitenkin yleensä vähintään viimeisiä viiden vuoden aikana tehtyjä tutkimuksia. Jos aihe on hyvin spesifinen, voidaan hakuun sisällyttää pidempikin ajanjakso, esimerkiksi kymmenen viimeistä vuotta. (Lauri 2003, 28.)

Artikkeleiden valinta kannattaa toteuttaa useassa vaiheessa. Ensimmäisen karsinnan voi tehdä otsikoiden perusteella. Artikkelit, joiden otsikot eivät lainkaan vastaa tutkimuskysymykseen, voidaan poistaa. Seuraava karsinta toteutetaan tiivistelmän perusteella. Viimeisessä vaiheessa valittujen tiivistelmien perusteella täytyy hankkia artikkelit, joiden soveltuvuus arvioidaan. Artikkelien poissulkuun on aina oltava selkeät kriteerit ja niitä noudatetaan hakuprosessin kaikissa vaiheissa (Lauri 2003, 30).

Tässä opinnäytetyössä asetetut hyväksymis- ja hylkäämiskriteerit esitellään taulukossa 1.

**TAULUKKO 1. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen hyväksymis- ja hylkäämiskriteerit**

Hyväksymiskriteerit	Hylkäämiskriteerit
<ul style="list-style-type: none"> <li>- alkuperäistutkimukset, järjestelmälliset kirjallisuuskatsaukset ja hanke-raportit, jotka on julkaistu tieteellisissä julkaisuissa</li> <li>- alan muu keskeinen kirjallisuus, kuten asiantuntijoiden konsensuslauseisiin perustuvat hoito-ohjeet</li> <li>- tutkimukset, jotka kuvailevat tai selvittävät ryhmäohjausta menetelmänä perus-/työterveyshuollossa</li> <li>- ovat suomen- ja englanninkielisiä vuosilta 2000 - 2010</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ei-tieteelliset artikkelit ja julkaisut</li> <li>- opinnäytetyö- tasoiset tutkimukset</li> </ul>

Hyväksymis- ja hylkäämiskriteerien mukaisesti tähän opinnäytetyöhön mukaan valikoituivat seuraavat tutkimukset:

Absetz, Pilvikki & Patja, Kristiina, toim. 2008. Ennaltaehkäisyn kehittäminen Päijät-Hämeen terveydenhuollossa: Interventiot osana Ikihyvä Päijät-Häme – tutkimus- ja kehittämishanketta.

Kurki, Merja, Hemiö, Katri, Lindström, Jaana, Jaakkola, Laura 2008. Ryhmämuotoinen elintapaohjaus metabolisen oireyhtymän hoidossa.

Rickheim, Patti L, Weaver, Todd W, Flader, Jill L, Kendall, David M 2002. Assessment of Group Versus Individual Diabetes Education.

Laatikainen, Tiina, Dunbar, A James, Chapman, Anna, Kilkkinen, Annamari, Vartiainen, Erkki, Heistaro, Sami, Philpot, Ben, Absetz, Pilvikki, Bunker, Stephen, Adrienne, O'Neil, Reddy, Prasuna, Best, James D, Janus, Edward D 2007. Prevention of Type 2 Diabetes by lifestyle intervention in an Australian primary health care setting.

Kirjallisuuskatsauksessa käytetyt tutkimukset on esitelty liitteessä 2.

Tulokset voidaan esittää laadullisesti tai määrällisesti. Laadullisessa raportoinnissa kuvataan mukana olevien tutkimusten luonnetta, laatua, tasoa ja tutkimusten tuloksia. Lisäksi tulokset pyritään tiivistämään teemoihin tai luokkiin. Kuvailevassa osassa erilaisia asioita vedetään yhteen. Raportista on käytävä ilmi, kuinka mukaan valitut tutkimukset on etsitty ja valikoitu mukaan katsaukseen sekä raportoitava mukaantulo- ja poissulkukriteerit. (Lauri 2003, 36 - 37.)

Tässä opinnäytetyössä tutkimusten tulokset analysoitiin sisällön analyysillä ja tavoitteena oli sen perusteella esitellä ryhmäohjausmalli työterveyshoitajan työmenetelmäksi elintapaohjauksen tueksi. Sisällön analyysi on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisen tutkimuksen perinteissä. Sisällön analyysiä voidaan pitää paitsi yksittäisenä metodina, myös väljänä teoreettisena kehyksenä, joka voidaan liittää erilaisiin analyysikokonaisuuksiin. Siten sen avulla voidaan tehdä monenlaista tutkimusta. Sisällön analyysissa on olennaista, että aineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. Kysymyksessä on siis aineistosta ilmenevät merkitykset, tarkoitukset ja aikomukset, seuraukset sekä yhteydet. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 93; Janhonen & Nikkonen, 2001, 23.)

Artikkelien ja tutkimusten valinnan jälkeen tekstit luettiin huolellisesti läpi, etsien vastausta tutkimuskysymyksiin. Tässä opinnäytetyössä poimittiin ensin artikkelista systemaattisesti kaikki kohdat, joissa tuli esille tutkimuskysymyksiin liittyvää tietoa. Tämän jälkeen vedettiin yhteen valittujen artikkeleiden ja tutkimusten tuloksia.

## 7 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET

Australiassa Laatikainen ym. on vuonna 2007 tehnyt tutkimuksen osana diabeteksen ehkäisyprojektia, jossa on tutkittu elämäntapaintervention vaikutusta perusterveydenhuollossa. Tutkimuksen tavoitteena oli määrittää, millainen interventio on mahdollinen perusterveydenhuollossa diabeteksen ehkäisemiseksi ja millaisia interventioiden vaikuttavuudet ovat. Tutkimukseen osallistuvat henkilöt seulottiin mukaan käyttämällä suomalaista tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskin arviointilomaketta (riskitesti). Osallistujat seulottiin satunnaisesti mm. julkisen terveydenhuollon vastaanottoauloista. Interventiot toteutettiin ryhmäohjauksena. Ohjauksia järjestettiin kuusi kertaa kahdeksan kuukauden aikana, ja ne kestivät 90 minuuttia kerrallaan. Ensimmäiset viisi ohjauksia järjestettiin ensimmäisten kolmen kuukauden aikana, välissä oli aina kahden viikon intervallijakso. Viimeinen kerta järjestettiin kahdeksan kuukauden kuluessa aloituksesta. Mukana olleista 75 %:lla paino putosi ja 65 %:lla vyötärön ympäryspieneni. Lisäksi veren sokeriarvot, kolesteroli ja diastolinen verenpaine laskivat. Tutkimuksen tulokset osoittavat, että asianmukaisella ohjauksella ja motivoinnilla tuloksia voidaan saavuttaa. (Laatikainen ym. 2007.)

*” At twelve months participants mean weight reduced by 2.52 kg and waist circumference by 4.17 cm. Mean fasting glucose reduced by 0.14mmol/l, plasma glucose two hours after oral glucose challenge by 0.58 mmol/l, total cholesterol by 0.29mmol/l and diastolic blood pressure by 2.14mmHg. This study provides evidence that type 2 diabetes prevention programme using lifestyle intervention is feasible in primary health care settings, with reductions in risk factors.” (Laatikainen ym. 2007.)*

Rickheim ym. (2002) ovat toteuttaneet tutkimuksen, jossa tutkittiin ryhmä- ja yksilöohjauksen vaikuttavuutta. Henkilöt ohjattiin tutkimukseen mukaan heidän omista perusterveydenhuollon yksiköistään. Heillä oli diagnosoitu tyypin 2 diabetes äskettäin tai jo aiemmin, mutta he eivät olleet saaneet systemaattista diabeteskoulutusta. Osallistujat olivat iältään 30 - 80-vuotiaita ja halukkaita osallistumaan tutkimukseen. Tutkimukseen osallistujat jaettiin satunnaisesti saamaan joko yksilö- tai ryhmäohjausta.

Molemmilla ohjausmuodoilla saavutettiin huomattava HbA1c -tason lasku kuuden kuukauden seurannassa. Verensokeritasapainon parantumisen lisäksi molemmat interventiomuodot tuottivat muitakin myönteisiä tuloksia, mm. painoindeksin laskua ja terveyteen liittyvien elämäntapojen parantumista. (Rickheim ym. 2002.)

*“This study demonstrates that diabetes education delivered in a group setting, when compared with an individual setting, was equally effective at providing equivalent or slightly greater improvements in glycemic control. Group diabetes education was similarly effective in delivering key educational components and may allow for more efficient and costeffective methods in the delivery of diabetes education programs.”*

Ikihyvä Päijät-Häme -tutkimus- ja kehittämishankkeessa testattiin Suomalaisen Diabeteksen ehkäisy tutkimuksen (DPS- tutkimuksen) näyttöön perustuvien elintapamuutosten saavuttamista terveydenhuollon normaalitoiminnassa. Hankkeessa kehitettiin käyttäytymistieteellisiin teorioihin perustuva ryhmämalli ruokavalio- ja liikuntamuutosten ohjaukseen. Terveystenhoitajat rekrytoivat osallistujat terveyskeskuksista. Aikuisvastaanotolta ja lääkärin vastaanotolta terveydenhoitajalle ohjattiin rekrytointia varten sellaiset potilaat, joilla oli jo aiemmin todettu diabeteksen riskitekijöitä. Riskitaso määritettiin diabeteksen riskitestillä, ja tutkimukseen sisäänottokriteeriksi määritettiin pisterajaksi 12 p. Ohjausta antoivat terveydenhoitajat ravitsemusterapeutin ja liikunta-toimen tukemana. Elintapaneuvonta koostui kuudesta kahden tunnin tapaamisesta kahdeksan kuukauden aikana. Seurantatutkimukset tehtiin vuoden ja kolmen vuoden kuluttua. Tutkimus osoitti, että myönteisiä tuloksia voidaan saavuttaa melko vähillä resursseilla. Verrattuna DPS -tutkimukseen kuidun saantitavoite saavutettiin jopa useammin. Rasvatavoitteiden saavuttamisessa ei ollut merkitseviä eroja. Liikuntatavoitteet saavutettiin harvemmin ja vähintään 5 % laihtuneita oli Ikihyvä-projektissa merkittävästi vähemmän. Kokemukset ryhmästä toimintamuotona olivat pääasiassa myönteisiä ja useimmat ryhmäläisistä olivat sitä mieltä, että ryhmän tuki auttoi tavoitteiden saavuttamisessa. (Absetz & Patja 2008, 9, 15 – 22.)

Kurki ym. (2008) ovat toteuttaneet tutkimuksen Miina Sillanpään säätiölle MBO - kehittämishankkeen tiimoilta. Hankkeessa työterveyshuollot ohjasivat yli 30-vuotiaita asiakkaita kuntoutuskurssille, mikäli heillä täyttyi vähintään kolme MBO - kriteeriä (vyötärön ympärys miehillä > 102 cm ja naisilla > 88 cm, kohonnut triglyseridi- tai

HDL- kolesteroliarvo, kohonnut verenpaine tai veren sokeriarvo). Kurssi järjestettiin Siuntion Hyvinvointikeskuksessa ja se koostui viidestä 3-5 vuorokauden pituisesta jaksosta kahden vuoden aikana. Kuntoutusprosessi sisälsi ryhmämuotoista toimintaa. Keskeisinä menetelminä ohjauksissa käytettiin kurssilaisten rohkaisua ja kannustamista. Heille painotettiin, että työryhmän tehtävänä oli antaa tietoa ja ohjausta ja toimia heidän valmentajinaan. Ravitsemukseen ja liikuntaan liittyvät jokapäiväiset valinnat ja ratkaisut olivat heillä itsellään. Kuntoutujat kokivat saaneensa tukea kuntoutumisprosessiin ennen kaikkea omalta ryhmältään. Osa ryhmistä myös kokoontui omatoimisesti. Kuntoutusprosessin aikana osallistujien paino putosi ja vyötärön ympärys pieneni sekä veren rasva-arvot parantuivat. Myös henkilöiden liikuntamäärät lisääntyivät tutkimuksen aikana. (Kurki ym. 2008.)

*”Kuntoutuksen aikana tapahtui suotuisia muutoksia painossa ja vyötärön ympäryksessä. Neljännes kuntoutujista pudotti lähtöpainostaan vähintään 5 %. Mikä tärkeintä, muutokset säilyivät varsin hyvin prosessin loppuun asti, eli kahden vuoden ajan. Ryhmämuotoinen elämäntapojen muutosvalmennusprosessi oli monelle osallistujalle myönteinen kokemus.”*

Kaikissa tutkimuksissa ryhmäohjausta oli käytetty joko yksinomaan tai yksilöohjauksen rinnalla elämäntapaohjauksissa. Ryhmäohjausta oli toteutettu 4 – 8 kertaa, puolesta vuodesta kahteen vuoteen- välisenä aikana.

### **7.1 Tutkimuksissa esiteltyjä ryhmäohjauksen malleja**

Laatikaisen ym. (2007) tutkimuksessa ryhmän vetäjinä toimivat koulutetut tutkimushoitajat, ravitsemusterapeutit ja fysioterapeutit. Tavoitteena oli painon pudotus, fyysisen aktiivisuuden lisäys ja terveellisen ruokavalion omaksuminen. Tarkoituksena oli, että ryhmäläiset motivoituisivat oman terveystyönsä muuttamiseen ja että he ottaisivat vastuun tekemistään valinnoista. Ryhmämuotoisella ohjauksella pyrittiin saamaan osallistujille vertaistukea. Ohjauksia järjestettiin kuusi kertaa kahdeksan kuukauden aikana, ja ne kestivät 90 minuuttia kerrallaan. Ensimmäiset viisi ohjauskertaa järjestettiin ensimmäisten kolmen kuukauden aikana, välissä oli aina kahden viikon intervallijakso. Viimeinen kerta järjestettiin kahdeksan kuukauden kuluttua aloituksesta. (Laatikainen ym. 2007.)

Rickheimin ym. (2002) tutkimuksessa järjestettiin kuuden kuukauden aikana neljä ohjauskertaa, joista ensimmäisen ja toisen kerran välillä oli kaksi viikkoa, sitten kolmen kuukauden ja viimeisenä kuuden kuukauden kuluttua. Ohjaukset sisälsivät tiedon lisäämistä omasta terveystyöskäytännöstä sekä asenteisiin vaikuttamista. Jokaisella tapaamiskerralla määritettiin painoindeksi ja HbA1c-taso. Ohjauksesta vastasivat diabeteshoitaja ja diabeteksen ravitsemuksen asiantuntija. Ohjausta annettiin hiilihydraattien laskemisesta, ruoka-annosten koosta, ateriarytmistä ja verensokerin kontrolloinnista. Lisäksi ohjaus sisälsi tietoa fyysisestä aktiivisuudesta, sydänystävällisestä ruokavaliosta ja jalkojen hoidosta. (Rickheim ym. 2002.)

Ikihyvä Päijät-Häme -hankkeen elintapaneuvontaohjelma koostui kuudesta kahden tunnin tapaamisesta, joista viisi kertaa ensimmäisen kahden kuukauden aikana ja viimeinen ohjauskerta viiden kuukauden kuluttua edellisestä. Kahdella ensimmäisellä tapaamisella herätettiin ohjattavien motivaatio ryhmässä toimimiseen ja elämäntapamuutoksen tekemiseen. Muutosmotivaatiota heräteltiin lisäämällä ohjattavien tietoisuutta siitä, että he ovat riskissä sairastua vakavaan ja elämänlaatua heikentävään sairauteen ja että sairaus on ehkäistävissä kohtuullisen pienillä elintapamuutoksilla. Ohjattaville annettiin työvälineitä tavoitteen toteuttamiseksi; tavoitteet, suunnitelma ja kotitehtävät. Lisäksi ohjattavien muutoshalukkuutta vahvistettiin kannustamalla ohjattavia muutoksen mahdollisuuteen. (Absetz & Patja 2008.)

Ensimmäisellä käynnillä he saivat kotitehtäväksi liikunta- ja ruokapäiväkirjan täyttämisen. Toisella kerralla ruoka- ja liikuntapäiväkirjat palautettiin, tehtiin kuitu- ja rasvatestit ja arvioitiin omia elintapoja. Keskustelua käytiin omista elintavoista ja tavoitemuutoksista ja aiemmista kokemuksista sekä ryhmätyön esteistä. Kotitehtäväksi ryhmäläiset saivat valmistautumisen tavoiteportaikkoon ja liikunta- ja ruokapäiväkirjan täyttämisen. (Absetz & Patja 2008)

Kolmannella ja neljännellä kerralla ohjattavat asettivat liikunta- ja ruokavaliotavoitteet ja ryhtyivät tekemään konkreettisia muutossuunnitelmia. Ohjattavilla oli mahdollisuus tutustua oman kunnan liikuntapalveluihin liikuntatoimen opastamana. Ravitsemusta käsitelleellä tapaamisella ravitsemusterapeutti opasti ryhmää ja antoi ohjattaville henkilökohtaista palautetta heidän ravitsemustottumuksistaan. Lisäksi järjestettiin luento



liikunnan terveysvaikutuksista. Kotitehtäviksi ohjattavat saivat liikunta- ja ruokavaliotottumusten muutoksen toteuttamisen. (Absetz & Patja 2008)

Viidennellä ja kuudennella kerralla paneuduttiin saavutettujen muutosten ylläpitämiseen, tavoitteiden kasvattamiseen, repsahdusten hallintaan sekä käsiteltiin muutosten ylläpidon haasteita ryhmän päättymisen jälkeen. Ohjelman tukena käytettiin kotimaista terveyskasvatusmateriaalia ja ohjelmaa varten suunniteltuja tehtäviä. Keskustelua käytiin siitä, ovatko tottumukset muuttuneet ja onnistumisista ja epäonnistumisista. (Absetz & Patja 2008)

Kurjen ym (2008) tutkimuksessa kuntoutusprosessin etenemisestä vastasi moniammatillinen työryhmä, johon kuuluivat kuntoutuslääkäri, psykologi, ravitsemusterapeutti ja psykoterapeutti. Kaksi vuotta kestänyt kuntoutusprosessi sisälsi viisi 3 -5 vuorokauden mittaista jaksoa Siuntion Hyvinvointikeskuksessa. Tavoitteena oli Prochaskan transteoreettista muutosvaihemallia mukaillen pysyvään elämäntapamuutokseen johtava yhteinen matka. Ensimmäisellä jaksolla tehtiin alkukartoitus, toisella jaksolla tiedon ja taidon syventäminen, kolmannella jaksolla reitin ja suunnan tarkistus, neljännellä jaksolla omat valinnat ratkaisevalla rastilla ja viimeisellä jaksolla suunnan säilyttäminen. Kurssilaiset tapasivat henkilökohtaisesti työryhmän asiantuntijat kurssin alussa, lopussa, sekä joillakin väljaksoilla. Kuntoutuslääkäri arvioi terveydentilaa ja kuntoutussuunnitelmaa. Kuntoutuspsykologin tapaamisessa arvioitiin yhdessä psyykkisiä voimavaroja ja elämäntilannetta suhteessa tavoiteltavaan elämäntapamuutokseen. Ravitsemusterapeutin tapaamisessa keskusteltiin ravinto- ja elämäntapatottumuksista sekä tarpeellisista muutoksista. Ruokapäiväkirjojen pohjalta kurssilaiset saivat yksityiskohtaista neuvontaa. Fysioterapeutti tavattiin yksilöllisesti jokaisella kurssijaksolla ja tapaamisella selvitettiin kurssilaisten liikuntatottumukset ja mietittiin yhdessä sopivia liikuntamuotoja. Fyysinen kunto arvioitiin yksilöllisesti jokaisella kurssijaksolla. (Kurki ym. 2008.)

Ryhmätapaamisissa käsiteltiin metabolisen oireyhtymän taustatekijöitä, etiologiaa, ehkäisy- ja hoitokeinoja sekä lääkkeettömien hoitokeinojen vaikutusta ja itsehoidon merkitystä. Psykologin ryhmäohjauksissa käytiin läpi muutosvaihemallia. Muutoksen ylläpitämisessä käytiin läpi mahdollisia esteitä ja kurssilaisten kokemuksia niistä. Ryhmissä rakennettiin vaihe vaiheelta omia tavoitteita, jotka olisivat riittävän konkreettisia eivätkä liian vaikeita toteuttaa. Ravitsemusterapeutti ohjasi ryhmissä terveel-

listä ruokavaliota, lautasmallin käyttöön ottoa ja terveellistä ateriaritmiä. Ruokapäiväkirjat olivat välitehtäviä, joiden pohjalta keskustelua käytiin. Fysioterapeutin ryhmissä kurssilaiset kokeilivat erilaisia liikuntamuotoja. Liikunnassa korostettiin kurssilaisten omia valintoja. Tavoitteena oli löytää edullinen, tule-oireita helpottava ja mielen virkeyttä lisäävä liikuntamuoto, joka kohottaa yleiskuntoa ja helpottaa laihduttamista. Kurssien välillä kurssilaiset pitivät liikuntapäiväkirjaa. (Kurki ym. 2008.)

Tutkimuksissa esiteltyjä ryhmäohjauksen malleja on esitelty taulukossa 2.

**TAULUKKO 2. Tutkimuksissa esitettyjä ryhmäohjauksen malleja**

Tutkija	Tutkimus	Ryhmäohjauksen pääteemat ja malli
Laatikainen ym.	Prevention of Type 2 Diabetes by lifestyle intervention in an Australian primary health care settings: Greater Green Triangle (GGT) Diabetes Prevention Project	-kesto 8kk, 6 ohjaus-kertaa -vertaistuki -vastuu valinnoistaan -motivointi -ravitsemusterapeutti, fysioterapeutti, tutkimushoitajat ohjaajina
Rickheim ym. 2002.	Assessment of Group Versus Individual Diabetes Education	-kesto 6kk, 4 ohjauskertaa -tiedon lisääminen omasta terveyskäyttäytymisestä -ohjausta liikunnasta, ruokavalioista, jalkojen hoidosta -diabeteshoitaja ja ravitsemuksen asiantuntija toteuttivat
Absetz & Patja 2008.	Interventiot osana Ikihyvä Päijät-Häme – tutkimus- ja kehittämishanketta.	-kesto 8kk, 6 ohjauskertaa -muutosmotivaatio, tavoitteet, suunnitelma -elintapaohjaus -terveyden- ja sairaanhoitajat, fysioterapeutit toteuttivat, ravitsemusterapeutti ja liikuntatoimi yhteistyössä
Kurki ym.	Ryhmämuotoinen elintapaohjaus metabolisen oireyhtymän hoidossa.	-kesto 2 vuotta, sisälsi viisi 3-5 vrk:n kuntoutusjaksoa -psykkiset voimavarat, muutostavahemalli, elämäntavat, tavoitteet, kuntoutussuunnitelma -ohjausta ravitsemuksesta, liikunnasta, terveistä elintavoista -kuntoutuslääkäri, psykologi, ravitsemusterapeutti ja psykoterapeutti toteuttivat

Kaikissa tutkimuksissa käytetyissä malleissa ohjauksesta vastasi moniammatillinen tiimi. Asiakkaiden tietoisuutta omien elämäntapojen vaikutuksesta terveyteen lisättiin. Ohjausta annettiin ruokavaliosta, liikunnasta ja terveistä elämäntavoista. Myös psyykkiset voimavarat ja motivaatio olivat keskeisiä tekijöitä elintapamuutoksissa.

## **8 RYHMÄOHJAUSMALLI TYÖTERVEYSHUOLTOON**

Dehkon 2D -hankkeen päämääränä oli saada tyypin 2 diabeteksen järjestelmällinen seulonta ja ehkäisy osaksi perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon pysyvää toimintaa. (Dehkon 2D -hanke 2009.)

Tyypin 2 diabeteksen kohdalla tarvitaan elintapamuutosten toteuttamista. Hoidonohjausta toteuttavat useat eri ammattiryhmät, mutta keskeinen ohjaaja on yleensä diabeteshoitajaksi nimetty terveyden- tai sairaanhoitaja. Ohjaus voi olla yksilö- tai ryhmäohjausta. Ohjausmuodot täydentävät toisiaan ja molemmilla on omat tehtävänsä ja etunsa. Ryhmäohjaus on ajansäästön vuoksi taloudellisesti edullista, koska ohjaussiltä voidaan esitettävä samanaikaisesti usealle osallistujalle. Ryhmäohjauksella voidaan olettaa olevan myös ryhmään perustuvia hyötyjä. Ryhmä tarjoaa mahdollisuuden vertaiskokemusten käsittelyyn ja vaihtamiseen. (Marttila ym. 2004.)

Kirjallisuuskatsauksessa mukana olleista tutkimuksista käy ilmi, että ryhmäohjaus voi olla toimiva keino tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyssä annettavassa elintapaneuvonnassa. Lisäksi se säästää aikaa ja kustannuksia. Seuraavassa malli, jonka mukaan ryhmäohjaus voisi edetä työterveyshuollossa. Oletuksena on, että asiakas on terveystarkastuksessa tehnyt riskitestin, jonka perusteella hänellä on kohtalainen riski sairastua tyypin 2 diabetekseen. (Riskitestin pistemäärä 12 tai enemmän). Lisäksi terveystarkastuksessa on selvitelty asiakkaan yksilöllisiä ravitsemus- ja liikuntatottumuksia. Mikäli terveystarkastuksesta on jo aikaa ja asiakas on halukas osallistumaan ryhmään, tehdään hänelle riskitesti ja mittaukset (pituus, paino, BMI, vyötärön ympäryys, rr).

Ensimmäisellä käynnillä ryhmän ohjaajina toimivat työterveyshoitaja ja työfysioterapeutti. Käynnillä annetaan tietoa ravitsemuksesta ja liikunnasta ja niiden vaikutuksesta terveyteen. Lisäksi keskustellaan tupakan terveysvaaroista ja alkoholista, sen terveys-

vaaroista ja merkityksestä painonhallinnassa. Osallistujat saavat kotitehtäväkseen täytettäväksi liikunta- ja ruokapäiväkirjat. Lisäksi jaetaan kirjallinen materiaali ohjauksen tueksi, ne ovat KKI:n Tartu Tilaisuuteen – Ota Tavaksi sekä Paino Hallintaan -opas. Nämä materiaalit on käytännössä todettu kattaviksi ja hyviksi työvälineiksi. Tarvittaessa annetaan mahdollisuus joko työterveyshoitajan tai työfysioterapeutin yksilöohjauskäyntiin.

Toinen ohjauskerta järjestetään kahden viikon kuluttua, työterveyshoitajan ja työfysioterapeutin ohjaamana. Ruoka- ja liikuntapäiväkirjoja käydään läpi ja keskustellaan siitä, millaisia kokemuksia ja ajatuksia kahden viikon aikana on herännyt. Lisäksi keskustellaan omista tavoitteista ja mahdollisista esteistä niiden saavuttamiseksi. Kotitehtävänä ryhmäläiset jatkavat liikunta- ja ruokapäiväkirjojen täyttämistä. Työfysioterapeutti kertoo eri liikuntamuodoista ja niiden vaikutuksesta painon hallinnassa, tavoitteena olisi, että jokaiselle löytyisi sopiva liikuntamuoto. Työterveyshoitaja antaa konkreettista tietoa ravitsemuksesta ja lautasmallista, osallistujille jaetaan esimerkki päivän ruoka-annoksista.

Kolmas ohjauskerta järjestetään kuukauden kuluttua, ohjaajana työterveyshoitaja. Liikunta- ja ruokapäiväkirjat palautetaan ja niiden pohjalta käydään keskustelua, mikä on onnistunut, mikä on vaikeaa, ja miten liikunta on saatu jalkautettua arkeen? Osallistujia motivoidaan jatkamaan kohti tavoitteita ja keskustellaan repsahdusten hallinnasta.

Neljäs ohjauskerta järjestetään kolmen kuukauden kuluttua, työterveyshoitajan ja työfysioterapeutin ohjaamana. Keskustelua käydään saavutettujen tavoitteiden ylläpitämisestä ja niiden kasvattamisesta. Lisäksi keskustellaan siitä, miten saavutettuja muutoksia ylläpidetään ryhmän loppumisen jälkeen. Lisäksi sovitaan tarvittaessa seurantaikäynti.

Ryhmäohjausmalli työterveyshuoltoon on esitelty taulukossa 3.

**TAULUKKO 3. Esimerkki ryhmäohjausmallista työterveyshuoltoon**

Käyn- ti	Ohjaaja	Aihe	Kotitehtävä
I	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Työterveyshoitaja</li> <li>- Työfysioterapeutti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ravitsemus- ja liikunta ja niiden terveysvaikutukset</li> <li>- tupakointi ja sen vaikutukset terveyteen</li> <li>- alkoholi, terveysvaikutukset, alkoholi ja painonhallinta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- liikunta- ja ruokapäiväkirja</li> </ul>
II	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Työterveyshoitaja</li> <li>- Työfysioterapeutti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- keskustelu, liikunta- ja ruokapäiväkirjat</li> <li>- omat tavoitteet, esteet niiden saavuttamiseksi</li> <li>- liikuntamuodot</li> <li>- ravitsemus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- liikunta- ja ruokapäiväkirjat</li> </ul>
III	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Työterveyshoitaja</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- keskustelu, liikunta- ja ruokapäiväkirjat</li> <li>- liikuntatavoitteiden saavuttaminen</li> <li>- repsahdusten hallinta</li> <li>- motivointi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- halutessaan voidaan liikunta- ja ruokapäiväkirjoja täyttää</li> <li>- muutosten ylläpitäminen</li> </ul>
IV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Työterveyshoitaja</li> <li>- Työfysioterapeutti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- keskustelu, tavoitteiden ylläpitäminen, tavoitteiden kasvattaminen</li> <li>- muutosten ylläpitäminen</li> </ul>	

Edellä esitellyn mallin mukaan on tarkoitus aloittaa ryhmä omassa työterveyshuollossamme. Ryhmästä tiedotetaan yrityksille sähköpostilla, lisäksi odotushuoneeseen tulee ilmoitus ryhmän alkamisesta. Myös terveystarkastuksissa kerrotaan ryhmästä asiak-

kaalle, mikäli tarvetta elintapaohjaukseen ilmenee. Ryhmän lisäksi asiakkaille on mahdollista tarjota yksilöohjausta tarpeen mukaan.

## 9 POHDINTA

Opinnäytetyön tavoitteena oli tehdä ryhmäohjausmalli työvälineeksi työterveyshoitajan työhön elintapaohjauksen tueksi. Teen itse työterveyshoitajan työtä ja terveystarkastuksissa tavoitetaan hyvin työikäinen väestö. Valtioneuvoston periaatepäätöksen mukaan myös työterveyshuollossa merkittäviä kansanterveysongelmia tulisi ehkäistä ja kansanterveyttä tulisi edistää Terveys 2015 -kansanterveysohjelman mukaisesti.

Elintapaohjauksella saavutetaan merkittävimmät tulokset diabeteksen ennaltaehkäisyssä. Elintapaohjaukset ovat suhteellisen helppoja järjestää myös ryhmämuotoisena. Kynnys osallistua ryhmäohjaukseen voi olla kuitenkin korkeampi sekä aikataulullisesti vaikeammin toteutettavissa. (Mikkonen 2010.)

Tutkimusmenetelmäksi valikoitui systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Sen avulla oli mahdollista löytää vastaus tutkimuskysymyksiin jo olemassa olevasta tutkimustiedosta. Lisäksi tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyn tiimoilta on järjestetty ja on meneillään useita suuria hankkeita, joissa myös ryhmäohjaukseen on kehitetty erilaisia malleja, tästä esimerkkinä kansallinen diabetesohjelma Dehkon 2D –hanke. Tässä esittämäni malli on ehkä hieman ”pelkistetty” versio. Näin siksi, että työterveyshuollon ensisijainen tehtävä ei ole kansansairauksien hoito. Kuitenkin se on erittäin tärkeää, koska tyypin 2 diabeteksen riskitekijät voivat olennaisesti vaikuttaa ihmisen työkykyyn, jonka edistämisessä työterveyshuollon rooli korostuu. Tässä esitetty malli pohjautuu vahvasti tutkimuksissa esiteltyihin malleihin.

Opinnäytetyössä käytettyjen tutkimusten tulosten perusteella voidaan todeta, että ryhmäohjaus voi olla toimiva keino tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyssä. Lisäksi tarvittavat resurssit ovat työterveyshuollon puolesta hyvinkin realistisia. Suurimman haasteen ryhmän toteuttamiselle voi aiheuttaa se, että ryhmäohjaukseen osallistuminen voi olla joillekin liian korkea kynnys ylitettäväksi. Toinen haaste voi olla aikataulullinen. Varsinkin vuorotyötä tekevien voi olla hankalaa sovittaa yhteiset ajat kalenteriin.

## **9.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus**

Tämä opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksena jo valmiiksi tehdyistä tutkimuksista, joten kenenkään anonymiteettiä ei ole loukattu. Eettiset kysymykset tässä opinnäytetyössä liittyvät lähinnä käytettyyn tutkimusmenetelmään ja tulosten esittämiseen. Lisäksi teoreettisen pohjan miettiminen on jäänyt tässä opinnäytetyössä tekemättä, ja sen vuoksi opinnäytetyössä esitetty malli on enemmänkin toimintatapa.

Otannan vähäisen määrän vuoksi tutkimuksen tulokset eivät ole yleistettävissä. Toisaalta tutkimusten tulokset olivat yhdenmukaisia ja niissä esitetyt mallit samankaltaisia, mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta.

Mielestäni kirjallisuuskatsaus antoi vastauksen tutkimuskysymyksiini ja oma tietämykseni aiheesta lisääntyi ja se antaa lisävalmiuksia työterveyshoitajana työskennellessäni.

## **9.2 Oma oppiminen ja ammatillisen kehittymisen arviointi**

Tämän viimeisen opinnäytetyön aloittaminen oli hankalaa. Aikataulullisesti se tuntui välillä jopa mahdottomalta. Kuitenkin aloitettuani se eteni jouhevasti ja nopeasti. Sairaanhoidajan opinnäytetyön tein keväällä, ja siitä oli tämän työn tekemiseen valtava hyöty. Ammatillisesti tämän työn tekeminen antoi varmuutta lähteä vetämään ryhmää työterveyshuollossa, sillä tarkoitus on keväällä aloittaa painonhallintaryhmä.

## **9.3 Jatkotutkimusaiheet**

Jatkotutkimusaiheena olisi mielenkiintoista tietää, millaiset valmiudet työterveyshoitajat kokevat omaavansa tyypin 2 diabeteksen hoidossa ja ennaltaehkäisyssä. Lisäksi olisi mielenkiintoista tietää, millaiset valmiudet työterveyshoitajat kokevat omaavansa ryhmän ohjauksesta.



## LÄHTEET

Absetz, Pilvikki & Patja, Kristiina, toim. 2008. Ennaltaehkäisyyn kehittäminen Päijät-Hämeen terveydenhuollossa: Interventiot osana Ikihyvä Päijät-Häme –tutkimus- ja kehittämishanketta. Lahti: Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöryhmän julkaisuja 68.

Alkoholiongelman Käypä Hoito – suositus 2010. Käypä Hoito. WWW-dokumentti. [www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50028](http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50028). Päivitetty 21.4.2010. Luettu 10.10.2010.

Antti-Poika, Mari, Martimo, Kari-Pekka, Husman, Kaj, toim. 2006. Työterveyshuolto. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Diabeteksen Käypä Hoito – suositus. Duodecim 2007; 123 (12):1490-520

Diabetes prevention program research group 2002. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. The New England Journal of Medicine, 2002, 346:346

Eriksson, Katie, Isola, Arja, Kyngäs, Helvi, Leino-Kilpi, Helena, Lindström, Unni Å, Paavilainen, Eija, Pietilä, Anna-Maija, Salanterä, Anna, Vehviläinen-Julkunen, Katri & Åsted-Kurki, Päivi 2006. Hoitotiede. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Ilanne-Parikka, Pirjo 2003. Diabetes ja tupakointi. Teoksessa Ilanne-Parikka, Pirjo, Kangas, Tero, Kaprio, Eero A, Rönnemaa, Tapio,(toim.) 2003. Diabetes. Hämeenlinna: Karisto Oy s. 168 – 169.

Helakorpi, Satu, Laitalainen, Elina, Uutela, Antti 2010. Suomalaisen aikuisväestön terveys. Terveiden ja Hyvinvoinnin laitoksen raportti 7/2010. Helsinki: Yliopistopaino.

Juutilainen, Inkeri 2004. Työterveyshoitajan käsikirja. Helsinki: Edita Prima Oy

Kaukkila, Veli & Lehtonen, Elisa 2007. Ryhmästä enemmän. Käsikirja ryhmänohjaajan taitoja tarvitsevalle. Helsinki: Dark Oy.

Kempas, Auli 2006. Liikunta terveysneuvonnassa Itä-Suomessa, työterveyshoitajien kokemuksia liikuntaneuvonnasta ja koulutustarpeista. Kuopion yliopisto. Biolääketieteen laitos/Fysiologia. Pro Gradu –tutkielma.

Koivisto, Juha & Haverinen Riitta 2006. Systemaattiset tutkimuskatsaukset vaikuttavuuden arvioinnin välineenä sosiaali- ja terveysalalla. Tampere: Hallinnon tutkimus 25: 3

Kopakkala, Anu 2005. Porukka, jengi, tiimi. Ryhmädynamiikka ja siihen vaikuttaminen. Helsinki: Edita Prima Oy.

Koponen, Päivikki, Hakulinen, Tuovi, Pietilä, Anna-Maija, Vehviläinen-Julkunen, Katri 2002. Asiakas ja terveyspalvelut. Teoksessa Anna-Maija Pietilä ym. (toim.) Terveystyön edistäminen, uudistuvat työmenetelmät. Helsinki: WSOY.

Kurki, Merja, Hemiö, Katri, Lindström, Jaana, Jaakkola, Laura 2008. Ryhmämuotoinen elintapaohjaus metabolisen oireyhtymän hoidossa. Helsinki: Miina Sillanpään säätiön julkaisuja A:7. [www.miinasillanpaansaatio.fi/fin/julkaisut/julkaisuluettelo/](http://www.miinasillanpaansaatio.fi/fin/julkaisut/julkaisuluettelo/) Luettu 1.11.2010, päivitetty 5.6.2008.

Laatikainen, Tiina, Dunbar, A James, Chapman, Anna, Kilkkinen, Annamari, Vartiainen, Erkki, Heistaro, Sami, Philpot, Ben, Absetz, Pilvikki, Bunker, Stephen, Adrienne, O`Neil, Reddy, Prasuna, Best, James D, Janus, Edward D 2007. Prevention of Type 2 Diabetes by lifestyle intervention in an Australian primary health care settings. BMC Public Health 2007, 7:249

Lauri, Sirkka, 2003, toim. Näyttöön perustuva hoitotyö. Juva: WS Bookwell Oy.

Lindström, Jaana 2006. Prevention of type 2 diabetes with lifestyle intervention- Emphasis of dietary composition and identification of high-risk individuals. Helsinki: Publications of the National Health Care Institut 18/2006

Malmivaara, Antti 2002. Systemoitu kirjallisuuskatsaus – työkalu tutkimusnäytön tavoittamiseen. Duodecim 118, 877 – 879.

Manninen, Pirjo, Laine, Vappu, Leino, Timo, Mukala, Kristiina, Husman, Kaj, toim. 2007. Hyvä työterveyshuoltokäytäntö. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Marttila, Jukka, Himanen, Outi, Ilanne-Parikka, Pirjo & Hiltunen Liisa 2004. Tyypin 2 diabeetikoiden ryhmäohjausmalli terveydenhuollon käyttöön. Dehko-raportti 2004:2. Suomen Diabetesliitto Ry.

Nieminen, Raimo 1999. Vapaaksi Tupakasta. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Patja, Kristiina & Vertio Harri 2009. Tupakoimattomuuden edistäminen. [www.terveyskirjasto.fi](http://www.terveyskirjasto.fi)

Rickheim, Patti L, Weaver, Todd W, Flader, Jill L, Kendall, David M 2002. Assessment of Group Versus Individual Diabetes Education. Diabetes Care 2002, 25 (2), 269-274

Saraheimo, Markku & Rönnemaa Tapani 2003. Diabeteksen alamuodot. Teoksessa Ilanne-Parikka, Pirjo, Kangas, Tero, Kaprio, Eero A, Rönnemaa, Tapio,(toim.) 2003. Diabetes. Hämeenlinna: Karisto Oy s. 12 – 17.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2007. Liikunta – Hyvinvointipoliittinen mahdollisuus. Suomalaisen terveystiikunnan tila ja kehittyminen 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:1

Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Tavoitteena savuton työpaikka. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2006:14.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015-kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4

Sosiaali- ja terveysministeriö 2004. Valtioneuvoston periaatepäätös. Työterveys 2015, Työterveyshuollon kehittämislinjat. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:3

Suomen Diabetesliitto Ry 2007. Tyypin 2 Diabetes - Opas aikuistyyppin diabeetikolle. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Valtimoterveydeksi! Terveyden edistämisen käsikirja 2010. Valtimoterveyttä kaikille –projekti 2009 – 2010. Tampere: Kirjapaino Hermes.

Valtiontalouden tarkastusviraston toiminnantarkastuskertomus 2008. Työterveyshuolto ja alkoholihaittojen ehkäisy. Valtiontalouden tarkastusviraston toiminnantarkastuskertomukset 177/2008.

Vierola, Hannu 2007. Tyttöjen ja naisten tupakkatietokirja, Pysy nuorena – elä kauemmin. Vantaa: Dark Oy.

**LIITE 1 Käytetyt hakusanat ja tietokannat**

Tietokanta	Hakusana/ -t	Viitteitä
Google	aikuisiän diabetes	14900
Google	2 tyypin diabeetikko työ- terveyshuollossa	89
Google Scholar	ryhmäohjaus elintapaneu- vonnassa	1
Google Scholar	työikäisen elintapaohjaus	16
Google Scholar	työikäisen elämäntapahaas- teet	321
Google Scholar	tyypin 2 diabetes	307
	tyypin 2 diabeteksen ehkäi- sy	157
Medic	diabetes + ehkäisy	36
	diabetes+ehkäisy+2 tyyppi	10
PubMed-full text	prevention of type 2 diabe- tes	117

TAULUKKO 2. Opinnäytetyössä käytetyt tutkimukset

Tutkija	Tutkimus	Tutkimusasetelma	Tulokset
Laatikainen ym. 2007	Prevention of Type 2 Diabetes by life-style intervention in an Australian primary health care settings: Greater Green Triangle (GGT) Diabetes Prevention Project	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kontrolloitu interventiotutkimus, n =237</li> <li>- seuranta-aika 12 kk</li> <li>- henkilöt saivat ryhmäohjausta yhteensä kahdeksan kertaa, 90 min. kerrallaan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ryhmämuotoisella elämäntapainterventioilla voidaan vähentää diabeteksen sairastumisriskiä</li> </ul>
Rickheim ym. 2002.	Assessment of Group Versus Individual Diabetes Education.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- randomisoitu interventiotutkimus, n=170</li> <li>- seuranta-aika 6 kk</li> <li>- osallistujat jaettiin satunnaisesti saamaan joko yksilö- tai ryhmäohjausta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- molemmilla ohjausmuodoilla saavutettiin huomattava HbA1c- tason lasku, BMI: lasku ja elintapamuutokset</li> </ul>
Absetz & Patja 2008.	Interventiot osana Ikihyvä Päijät-Häme –tutkimus- ja kehittämishanketta.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kehitettiin ryhmäohjausmalli, n=389</li> <li>- 8 kk:n aikana 6 ohjauskertaa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- myönteisiä tuloksia voidaan saavuttaa melko vähillä resursseilla</li> </ul>
Kurki ym. 2008.	Ryhmämuotoinen elintapaohjaus metabolisen oireyhtymän hoidossa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 vuotta kestänyt kuntoutuskurssi, n=96</li> <li>- viisi 3 -5 vrk:n jaksoa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- suotuisia muutoksia saavutettiin BMI:ssä ja vyötärönympäryksessä</li> <li>- ryhmä koettiin hyväksi</li> </ul>



